

奥出雲町ケーブルテレビ減免申請書

年 月 日

奥出雲町長 様

奥出雲町ケーブルテレビ施設の設置及び管理に関する規則第8条第2項の規定により申請します。なお、減免申請の審査に必要な情報について奥出雲町が関係機関に照会することを承諾します。

対象者	(ふりがな) 氏名			
	住所 自治会名	奥出雲町 番地 (自治会)		
	電話番号	—	有線番号	—
申請者 (対象者と異なる場合のみ記入して下さい)	(ふりがな) 氏名	対象者との続柄 ()		
	住所			
	電話番号			
減免理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 満65歳以上の独居老人世帯で住民税所得割非課税の場合 次のいずれかに該当する世帯で、すべての方が住民税所得割非課税の場合 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている重度(1級、2級)の身体障害者 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている方で、障害の程度が「A」の方 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方で、1級の障害を有する方 <input type="checkbox"/> 満75歳以上の高齢者だけの世帯 <input type="checkbox"/> その他非常災害被災者等特に町長が必要と認める場合			